

Rapport technique
No. 52

Zones sanitaires, cogestion et décentralisation au Bénin

Septembre 2000

Cheikh S. A. MBENGUE
Expert en développement
institutionnel

Albert TINGBE - AZALOU
Socio-anthropologique

Pascal OMYALE
Gestionnaire des services de santé



Partnerships
for Health
Reform

PHR



Abt Associates Inc. ■ 4800 Montgomery Lane, Suite 600
Bethesda, Maryland 20814 ■ Tel: 301/913-0500 ■ Fax: 301/652-3916

In collaboration with:

Development Associates, Inc. ■ Harvard School of Public Health ■
Howard University International Affairs Center ■ University Research Co., LLC



Funded by:

U.S. Agency for International Development



Partnerships
for Health
Reform

Mission

Le projet Partnerships for Health Reform (PHR) vise à améliorer la santé de la population dans les pays à faible niveau de revenu ou à niveau de revenu moyen en soutenant des réformes du secteur de la santé qui assurent un accès équitable à des soins de santé efficaces, viables et de qualité. En association avec des parties prenantes locales, PHR encourage une approche intégrée de la réforme de la santé et construit des capacités dans les domaines importants suivants :

- > Processus de choix politiques mieux informés et plus interactifs pour les réformes des secteurs de la santé ;*
- > Systèmes de financement de la santé plus équitables et plus viables ;*
- > Incitations améliorées au sein des systèmes de santé pour encourager les agents à utiliser et à fournir des services de santé efficaces et de qualité ; et*
- > Organisation et gestion améliorées des établissements et des systèmes de soins de santé à l'appui de réformes spécifiques du secteur de la santé.*

PHR fait progresser les connaissances et les méthodologies pour développer, mettre en œuvre et contrôler les réformes de la santé et leur impact, ainsi que pour promouvoir des échanges d'informations sur des questions cruciales concernant la réforme de la santé.

Septembre 2000

Citation recommandée

Cheikh S. A. MBENGUE, Albert TINGBE - AZALOU, and Pascal OMYALE. Septembre 2000. *Zones sanitaires, cogestion et décentralisation au Bénin*. Technical Report No. 52. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires de ce rapport, prenez contact avec le PHR Resource Center à pub_order@phrproject.com ou visitez notre site Web à www.phrproject.com.

Contrat No : HRN-C-00-95-00024

Projet No : 936-5974.13

Soumis à : Karen Cavenaugh, COTR
Policy and Sector Reform Division
Office of Health and Nutrition
Center for Population, Health and Nutrition
Bureau for Global Programs, Field Support and Research
United States Agency for International Development

The opinions stated in this document are solely those of the authors and do not necessarily reflect the views of USAID.

Table des matières

Sigles.....	vii
1. Introduction.....	1
2. Objectifs de l'étude.....	3
2.1 Objectif général.....	3
2.2 Objectifs spécifiques.....	3
3. Approche méthodologique.....	5
4. Zones sanitaires, cogestion et décentralisation de l'administration territoriale: historique et fondements.....	7
4.1 Zones sanitaires: historique et principes.....	7
4.2 Cogestion: historique et état des lieux.....	8
4.3 Principes de la réforme de l'administration territoriale.....	9
5. Problèmes liés au développement du système sanitaire au niveau périphérique.....	11
5.1 Problèmes liés à la zone sanitaire.....	11
5.1.1 Infrastructures et équipements.....	11
5.1.2 Ressources humaines.....	11
5.1.3 Les CSSP dans le système de zone sanitaire.....	12
5.1.4 Approvisionnement et distribution des médicaments.....	13
5.1.5 Gestion et évaluation.....	13
5.1.6 Les unités villageoises de santé.....	13
5.1.7 La collaboration intersectorielle.....	14
5.2 Problèmes liés à la cogestion:.....	15
6. Le système de santé à l'épreuve du nouveau découpage territorial.....	17
6.1 Le découpage territorial et la création de nouvelles DDSP.....	17
6.2 Le découpage territorial et la réalisation de nouveaux CHD.....	18
7. Principes et mécanismes de l'exercice des compétences transférées aux communes.....	19
7.1 Les compétences de la commune dans le secteur de la santé.....	19
7.2 La gestion des ressources transférées.....	20
7.3 Mécanismes de transfert et d'utilisation des crédits délégués.....	22
8. La cogestion dans le contexte de la décentralisation.....	25
8.1 Les comités de gestion.....	25
8.2 Le Comité de Santé de la zone sanitaire.....	26
9. Vers un nouveau contexte: opportunités et menaces sur le système de santé.....	31

9.1	Opportunités offertes au système de santé par la réforme de l'administration territoriale .	31
9.2	La réforme territoriale et les menaces sur le système de santé	32
10.	Conclusions	35
11.	Recommandations	37
11.1	A l'intention du Ministère de la Santé et des donateurs	37
11.2	A l'intention du Ministère de la Santé.....	37
	Annexe : Références Bibliographiques.....	39

Sigles

AMAE	Association Municipale d'Actions Environnementales
APE	Association des Parents d'Elèves
APNV	Approche Participative de Niveau Village
CADZS	Cellule d'Appui au Développement des Zones Sanitaires
CAME	Centrale d'Achat de Médicaments
CARDER	Centre d'Action Régional de Développement Rural
CCS	Complexe Communal de Santé
CHD	Centre Hospitalier Départemental
COGEC	Comité de Gestion de Commune
COGES	Comité de Gestion de Sous-Préfecture
CREDESA	Centre Régional de Développement des Services de Santé
CSSP	Centre de Santé de Sous-Préfecture
DDSP	Direction Départementale de la Santé Publique
DDSP	Directeur Départemental de la Santé Publique
GTZ	Deutsche Gesellschaft fuer Technische Zusammenarbeit
ONG	Organisation Non-Gouvernementale
PBA/SSP	Projet Bénino-Allemand des Soins de Santé Primaires
PDSP	Projet de Développement Sanitaire de Pahou
UVS	Unité Villageoise de Santé

1. Introduction

Dans l'esprit de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires d'Alma Ata (1978), des conférences de Lusaka (1981) et Harare (1987) et de l'Initiative de Bamako (1987), le Bénin a entrepris des réformes visant à améliorer l'organisation de son système sanitaire.

C'est ainsi qu'en janvier 1995 s'est tenue la Table Ronde sur le secteur de la santé qui a consacré l'idée d'une politique et de stratégies nationales visant, d'une part, à améliorer la qualité et l'accessibilité des prestations de soins et des services de santé et, d'autre part, à renforcer la participation communautaire.

Pour atteindre ces objectifs, il a été conçu pour la période de 1997-2001 un programme de réorganisation de la base de la pyramide sanitaire. La mise en oeuvre de cette réforme a abouti à la création des zones sanitaires selon un processus au cours duquel plusieurs activités ont été réalisées : institution et mise en place d'une Cellule d'Appui au Développement des Zones Sanitaires (CADZS), élaboration et adoption des textes adéquats, organisations de séances de sensibilisation des autorités politico-administratives et des acteurs sociaux à la base, réalisation d'études pour la délimitation des zones sanitaires etc.

Auparavant, en février 1990, la Conférence Nationale des Forces Vives, tournant majeur de l'histoire du Bénin, avait affirmé l'option décisive du pays pour la décentralisation de l'administration territoriale. Dans cet esprit, la Constitution de décembre 1990 a consacré, en ses articles 150 et 151, les principes de la création des collectivités locales et de leur libre administration par des conseils élus. En conformité avec l'orientation définie par la Conférence des Forces Vives, se sont tenus, en janvier 1993, les Etats Généraux de la Réforme de l'Administration territoriale dont les recommandations ont été approuvées par le Conseil des Ministres en février 1993. C'est ainsi qu'a été retenu le principe de l'existence d'un seul niveau de déconcentration constitué par le département et d'un unique niveau de décentralisation incarné par la commune.

L'élaboration des textes a été confiée à un Comité de suivi qui a conçu cinq projets de loi, approuvés par le Conseil des Ministres et adoptés par l'Assemblée Nationale. C'est à la suite de ce processus qu'ont été promulguées :

- > la loi n° 97-028 du 15 janvier 1999 portant organisation de l'administration territoriale en République du Bénin ;
- > la loi n° 97-029 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes en République du Bénin ;
- > la loi n° 98-005 du 15 janvier 1999 portant organisation des communes à statut particulier
- > la loi n° 98-006 du 9 mars 2000 portant régime électoral communal et municipal en République du Bénin ;
- > la loi n° 98-007 du 15 janvier 1999 portant régime financier des communes en République du Bénin.

La réforme de l'administration territoriale impliquant entre autres le transfert à la commune d'un certain nombre de compétences en matière de santé, et cette nouvelle collectivité décentralisée devant occuper de larges espaces de pouvoirs en ce qui concerne la mise en œuvre des actions de développement, il devient urgent d'engager une réflexion sur le développement des zones sanitaires et l'avenir de la cogestion, en l'articulant à la problématique de la mise en application de la réforme territoriale.

A cet effet, il importe de préciser, à l'intention des différents acteurs, les compétences des communes en matière de santé, qu'elles soient explicites ou non, pour annoncer les conséquences probables de la réforme de l'administration territoriale sur le système de zone. L'examen des mécanismes prévus par la loi pour l'exercice de ces compétences permettra de jauger leur fiabilité et, par ricochet, de s'assurer que le cadre institutionnel ainsi créé offre les garanties minimales nécessaires à une gestion correcte des activités de santé.

La cogestion, qui constitue aujourd'hui un pilier du système de santé, devra être interrogée à la lumière des nouvelles dispositions législatives, pour l'identification des opportunités qu'elle offre dans le nouveau contexte et l'étude des modalités par lesquelles il serait possible de doter ses organes d'une plus grande représentativité.

C'est dans cette optique que se place cette réflexion qui se veut une contribution à l'effort collectif de mise en cohérence de la réforme de l'administration territoriale et de la réforme sanitaire.

Elle est d'autant plus nécessaire que le processus d'installation des zones sanitaires n'est pas encore achevé. En effet, plus de 2/3 des 33 zones sanitaires prévues, n'ont pas encore d'existence réelle et le processus de création de ces entités opérationnelles est fortement lié aux engagements éventuels de partenaires au développement qui accepteraient d'en financer le fonctionnement. Les lois de décentralisation ont donc été promulguées dans un contexte très critique pour le système de santé du Bénin et, pour cette raison, il est légitime que s'expriment des inquiétudes sur l'avenir des zones sanitaires dans le cadre institutionnel que va créer la réforme de l'administration territoriale.

2. Objectifs de l'étude

2.1 Objectif général

Mettre en conformité la décentralisation de l'administration territoriale et la réforme de la base de la pyramide sanitaire en zones sanitaires.

2.2 Objectifs spécifiques

1. Proposer des procédures d'agrément pour le contrôle du fonctionnement des services de santé et des prestataires de services par les représentants des communautés ;
2. définir les mécanismes de gestion et de prise de décision pour le fonctionnement quotidien du système : affectation de ressources, attribution du budget, passation de commandes de fournitures et d'équipements, gestion des programmes d'entretien ;
3. définir dans la zone sanitaire, les procédures et moyens pour la coordination entre organismes (politiques et activités des divers établissements de soins et prestataires de services etc) ;
4. formuler des recommandations pour l'exécution d'activités conjointes et de communication avec les autres secteurs au niveau des communes et des zones sanitaires, la collecte des fonds destinés à couvrir le coût des services de santé, l'exercice de responsabilités sur certains aspects de l'hygiène de l'environnement, notamment l'approvisionnement en eau saine et l'évacuation des excréta, la participation aux initiatives locales en matière de planification sanitaire et fourniture de main-d'œuvre et de matériaux pour la construction de dispensaires, de maternités (CCS) et de logements pour le personnel.

3. Approche méthodologique

De portée multivariée, le processus de mise en oeuvre de l'étude fait intervenir à la fois des réalités sociologiques, économiques, politiques et institutionnelles. Ceci se justifie par le fait que la problématique centrale touche à l'émergence d'une nouvelle forme d'organisation socio-économique qui cherche à mettre en place une interface structurée entre la décentralisation et la réorganisation de la base de la pyramide de la santé. Cette complexité du sujet a conduit le Ministère de la Santé Publique, commanditaire de l'étude, à opter pour une approche pluridisciplinaire. Aussi l'équipe chargée de l'étude est-elle composée de :

- > un expert en développement institutionnel,
- > un socio-anthropologue,
- > un gestionnaire des services de santé.

La couverture géographique de l'étude s'étend aux trois blocs géographiques du Bénin : le Sud, le Centre et le Nord. Les zones sanitaires suivantes y ont été visitées :

- > pour le Sud, celle de Kétou - Pobè - Adja Ouèrè dans le département de l'Ouémé et celle de Cotonou 5 dans l'Atlantique ;
- > pour le Centre, celle de Savalou-Bantè dans le département du Zou ;
- > pour le Nord, celle de Natitingou - Toucountouna - Boucoumbé dans le département de l'Atacora.

Les zones sanitaires parcourues ont été choisies, non seulement en fonction de leur situation géographique, mais aussi par rapport à leur niveau de fonctionnalité avec :

- > une zone sanitaire relativement fonctionnelle (Natitingou – Toucountouna – Boucoumbé), l'une des plus anciennement installées ;
- > une zone sanitaire peu fonctionnelle (Kétou - Pobè – Adja Ouèrè) ;
- > une zone sanitaire assez fonctionnelle (Savalou - Bantè) ;
- > une zone sanitaire non-fonctionnelle (Cotonou 5).

La population d'enquête est assez diversifiée ; elle est composée d'acteurs impliqués dans la réforme de l'administration territoriale ou dans la mise en oeuvre de la réforme sanitaire, aux différents niveaux. Dans chaque zone sanitaire retenue pour l'enquête, la mission s'est entretenue, entre autres, avec :

- > le Préfet
- > le ou l'un des sous-Préfet(s) concerné(s)

- > le Directeur Départemental de la Santé Publique
- > un ou plusieurs maires de commune actuelle
- > le Médecin Coordonnateur de la zone sanitaire
- > des membres du Comité de Santé de la zone sanitaire
- > le Directeur de l'hôpital de la zone sanitaire
- > des membres de COGES et/ou COGEC.

Des institutions et personnes-ressources ont également été rencontrées : Assemblée Nationale, Conseil Economique et Social, partenaires au développement, Centre d'Action Régional de Développement Rural (CARDER), associations de développement, Association Municipale d'Actions Environnementales (AMAE), centres de santé privés et/ou confessionnels, Mission de Décentralisation, Maison des Collectivités etc.

La collecte des informations a été réalisée au moyen de guides d'entretien, essentiellement. Ainsi, plusieurs entretiens semi-directifs en face à face ont été effectués, et les informations ont été consignées par prise de notes systématique et non sélective.

4. Zones sanitaires, cogestion et décentralisation de l'administration territoriale: historique et fondements

4.1 Zones sanitaires: historique et principes

Suite à l'adoption de la stratégie des soins de santé primaires à la Conférence d'Alma-Ata, la réflexion entamée à la Conférence de Lusaka et poursuivie à la Conférence d'Harare a abouti à la recommandation de la création, dans chaque pays, d'entités opérationnelles de mise en œuvre des soins de santé primaires appelés districts sanitaires et disposant d'une large autonomie dans la planification et la gestion des activités du niveau périphérique. C'est dans ce cadre que se situent les réformes entreprises par le Bénin depuis 1993, avec le recentrage de la politique de santé à travers la Table Ronde du secteur de la santé tenue à Cotonou les 12 et 13 janvier 1995 et la définition des Politiques et Stratégies Nationales de Développement du Secteur de la Santé (1997 - 2001) dans lesquelles figure en bonne place la réorganisation du niveau périphérique de la pyramide sanitaire.

Très tôt des dissensions sont apparues tant sur la dénomination que sur la démarche et les critères d'éligibilité. L'atelier de clarification de Pahou, organisé pour une mise en commun des réflexions, a abouti à un consensus conceptuel et organisationnel. Le Bénin étant initialement subdivisé en districts, subdivisions territoriales appelées aujourd'hui sous-préfectures et, étant entendu que l'aire de santé retenue pour un district ne dépassait pas les limites d'un ancien district administratif, il fut nécessaire de trouver une autre appellation qui traduise les mêmes réalités politiques, juridiques, sociologiques et économiques que le District Sanitaire. C'est ainsi que l'appellation de «zone sanitaire» a été retenue pour remplacer celle de «district sanitaire» adoptée par l'OMS.

Les zones sanitaires devaient, autant que possible, respecter les limites des sous-préfectures, mais pouvaient regrouper si nécessaire plusieurs d'entre elles. Au plan structurel, la zone sanitaire réunit un ensemble de services périphériques (UVS, CCS, CSSP/CSCU). L'hôpital de zone constitue le niveau de référence de cet ensemble. Au plan de la réorganisation de la base de la pyramide, il a été créé 33 zones sanitaires.

Le fonctionnement des zones sanitaires est régi par les principes relatifs à l'objectif de *Santé pour tous*, définis lors de la Conférence d'Alma Ata :

- > la couverture universelle de la population par des soins répondant aux besoins ;
- > des services axés sur la promotion, la prévention, le traitement et la réadaptation ;
- > des services efficaces, acceptables sur le plan culturel, abordables sur le plan financier et faciles à gérer ;
- > la participation de la communauté au développement des services afin d'encourager l'autoresponsabilité et diminuer la dépendance ;

- > la prise en compte d'autres secteurs de développement dans les approches de la santé.

Ces principes montrent à quel point il est important que le fonctionnement et la gestion des zones sanitaires reposent sur la mobilisation et la participation des collectivités dans la perspective de leur accession à l'auto responsabilité.

4.2 Cogestion: historique et état des lieux

La cogestion apparaît dans la démarche opérationnelle des zones sanitaires comme une forme d'institutionnalisation de la participation communautaire qui est un principe de la stratégie des soins de santé primaires.

C'est avec l'initiative de Bamako qu'a été consacré l'avènement d'un système de recouvrement des coûts faisant de la communauté le fondement même du système du financement des soins de santé primaires.

Le Bénin se trouvait en première ligne dans ce domaine, notamment avec le Projet de Développement de la Santé de Pahou (PDSP) devenu Centre Régional de Développement des Services de Santé (CREDESA) en 1989. L'expérience des projets de coopération bilatérale tel que le Projet Bénino-Allemand des Soins de Santé Primaires (PBA/SSP) sur l'organisation des structures à base communautaire, le recouvrement des coûts et la promotion de la participation active des populations à la gestion des services de santé se situe également dans ce cadre.

Ainsi, par les décrets en date du 07 janvier 1988 et du 18 novembre 1988 portant modalités des prix publics des médicaments et produits pharmaceutiques, toutes les formations sanitaires du Bénin ont été autorisées à vendre des médicaments essentiels et à retenir en leur sein les recettes, en associant les populations au processus de gestion financière. C'est le début de la généralisation du " financement communautaire ".

A partir de 1990, de nouveaux textes (notamment le décret 90-346 du 14 novembre 1990) donneront aux comités de gestion dont les statuts seront adoptés, des pouvoirs plus étendus et limiteront ceux des responsables des formations sanitaires.

Toutefois, les différents textes qui ont consacré la naissance de ces comités de gestion ne précisent pas totalement les attributions et domaines de compétences des représentants des populations et leurs relations avec le personnel de santé. Il subsiste des difficultés de fonctionnement qui s'expliquent par le fait que les textes de la cogestion ne sont ni compris, ni appliqués par les comités de gestion, et ces comités n'ont pas toujours la compétence technique requise pour jouer le " rôle de contrôleur de la gestion du centre de santé ".

De nombreux autres problèmes qui caractérisent la cogestion des centres de santé seront abordés plus loin, de façon approfondie.

4.3 Principes de la réforme de l'administration territoriale

La promulgation des cinq lois citées plus haut marque l'adoption d'une réforme territoriale qui comporte trois volets : le découpage territorial, la déconcentration administrative et la décentralisation.

La réforme consacre le choix du département comme seul niveau de déconcentration et de la commune comme seul niveau de décentralisation, l'administration de la commune par un organe élu, la distinction entre communes de droit commun et communes à statut particulier, la distinction entre les compétences propres à la commune et celles qui lui sont déléguées par l'Etat, l'autonomie financière de la commune caractérisée par l'exercice d'un budget propre, l'affirmation du rôle de la tutelle administrative, l'obligation faite à l'Etat de soutenir les collectivités décentralisées, la nécessité d'organiser la solidarité intercommunale, la nécessité d'assurer le développement local...

Le découpage territorial porte le nombre de départements de six à douze, le département étant le seul niveau où s'effectue la représentation de l'Etat. Ce découpage devrait permettre à l'Etat d'assurer une meilleure planification nationale et de renforcer sa politique d'aménagement du territoire.

La déconcentration administrative consiste en un transfert de responsabilités et de pouvoirs du niveau central de l'Etat à des niveaux périphériques, sur lesquels il exerce un pouvoir hiérarchique et qui tirent leur légitimité de lui. Le Préfet, qui représente le Gouvernement et les différents ministres pris individuellement, est le dépositaire de l'autorité de l'Etat au niveau du département qui est le seul niveau de déconcentration. Il coordonne les services déconcentrés et est assisté dans sa mission par les directeurs et chefs de services. Il exerce sur les communes une tutelle qui consiste en des fonctions d'assistance-conseil et de contrôle de légalité.

La décentralisation consiste en la dévolution par l'Etat de responsabilités et de compétences à des collectivités territoriales dotées, d'une part, de la personnalité juridique qui leur donne une identité propre et qui s'appuie sur la légitimité conférée à leurs organes par le suffrage universel et, d'autre part, de l'autonomie financière par laquelle elles disposent d'un budget, procèdent au recouvrement de leurs recettes et effectuent librement leurs dépenses, dans le respect des textes.

La réforme crée un seul niveau de décentralisation, la commune, qui est administrée par un conseil élu, lui-même élisant le maire, chef de l'administration communale, et ses adjoints. Les communes remplacent les 77 sous-préfectures et circonscriptions urbaines et sont démembrées en arrondissements, villages et quartiers de ville, organes infracommunaux ne disposant ni de la personnalité juridique, ni de l'autonomie financière.

Les communes se voient attribuer des compétences dans les domaines du développement local, de l'aménagement, de l'habitat et de l'urbanisme, des infrastructures, de l'équipement et des transports, de l'environnement, de l'hygiène et de la salubrité, de l'enseignement primaire et maternel, de l'alphabétisation et de l'éducation des adultes, de la santé et de l'action sociale et culturelle, des services marchands et des investissements économiques.

On voit ainsi que la réforme de l'administration territoriale comporte à bien des égards des dispositions qui auront des implications sur le système de santé, tant dans son organisation que dans son fonctionnement.

5. Problèmes liés au développement du système sanitaire au niveau périphérique

Le programme de réorganisation de la base de la pyramide sanitaire en zones a pour ambition la prise en charge correcte des soins et activités de santé par le personnel et la communauté. Le choix de ce modèle de fonctionnement du système entraîne certains problèmes d'organisation et de gestion.

5.1 Problèmes liés à la zone sanitaire

Dans le cadre de la présente étude, et sans vouloir faire l'évaluation de la mise en œuvre des zones sanitaires et de la cogestion, il nous a paru nécessaire de recenser les problèmes principaux. Ainsi, les entretiens que nous avons eus avec les différents acteurs au niveau des zones sanitaires visitées nous ont permis d'identifier des problèmes dans les domaines ci-dessous.

5.1.1 Infrastructures et équipements

Les infrastructures et les équipements prévus pour une bonne prise en charge des patients à tous les niveaux (CCS, CSSP, HZ) sont encore en cours de réalisation. Malgré l'effort de l'Etat à travers les actions du Ministère de la Santé Publique, plusieurs centres de santé n'ont pas encore été réhabilités pour être conformes aux normes et standards définis. C'est le cas dans la zone sanitaire de Kétou-Pobè-Adja Ouèrè dans le département de l'Ouémé. Il est à noter que dans les zones sanitaires non encore assistées par un partenaire, la question du financement de la réalisation des infrastructures et des équipements adéquats est encore irrésolue.

5.1.2 Ressources humaines

L'insuffisance et la mauvaise répartition des ressources humaines limitent sérieusement la mise en œuvre de la réforme du système de santé en zones sanitaires. En effet, le personnel nécessaire au développement des zones sanitaires manque de manière criarde. Par exemple, pour une population estimée à 230 000 habitants, la zone sanitaire de Kétou-Pobè-Adja Ouèrè ne compte que cinq (5) médecins, y compris le Médecin-Coordonnateur de Zone, soit un (1) médecin pour 46 000 habitants.

Le CSSP de Kétou, qui polarise sept (7) complexes communaux de santé (CCS), ne dispose pas d'un médecin et l'hôpital de zone de Pobè manque de personnel qualifié nécessaire à la prise en charge des cas référés. Certains centres de santé sont encore dirigés par des agents non qualifiés, comme dans le cas où un aide soignant dirige une maternité.

Dans la zone sanitaire de Savalou-Bantè, il y a un manque d'infirmier-anesthésiste et le seul chirurgien de l'hôpital de zone est obligé de se déplacer périodiquement au CSSP de Bantè pour y faire des interventions chirurgicales.

Ce déficit en personnel est assez remarquable dans le nord du pays et, á titre de l'illustration, dans la zone sanitaire de Natitingou-Toucountouna-Boukoumbé, la mission a noté un besoin de recrutement de personnel complémentaire estimé à 46 agents, toutes catégories confondues.

Habituellement, le personnel soignant affecté dans les formations sanitaires de cette région du pays n'y reste pas et préfère exercer des activités dans le sud.

Cette situation de pénurie de personnel qualifié est aggravée par la décision prise par l'Etat en 1987 de geler le recrutement du personnel de la fonction publique dans le cadre de la recherche de l'équilibre des agrégats macro-économiques.

5.1.3 Les CSSP dans le système de zone sanitaire

La création des zones sanitaires a très tôt posé la question de la place du centre de santé de sous-préfecture (CSSP) dans le nouveau dispositif du système.

Dans certaines zones sanitaires comme Natitingou-Toucountouna-Boukoumbé, l'idée a été retenue de centraliser le personnel médical de la zone au niveau de l'hôpital de zone pour disposer de la masse critique de ressources humaines nécessaires au fonctionnement de ce niveau de référence. Elle part du postulat que, dans l'actuel contexte de pénurie de ressources humaines, le Bénin ne peut pas se permettre de disposer dans certains CSSP de médecins sous-utilisés ou occupés à des tâches normalement réservées à des infirmiers.

Cette décision qui a connu un début de mise en œuvre dans cette zone a été annulée sur l'intervention de la hiérarchie qui a considéré que la présence d'un médecin dans chaque CSSP est un acquis qui ne doit pas être remis en question.

Il faut cependant rappeler que, dans un système de district ou de zone, l'hôpital de référence doit être pourvu en ressources humaines de qualité pour pouvoir jouer correctement son rôle; les structures périphériques devant, selon la philosophie des soins de santé primaires, axer leurs interventions sur les activités de prévention et les soins de base.

La question du maintien des médecins généralistes dans le CSSP devrait être étudiée en fonction des spécificités de chaque structure concernée et suivant des critères précis tels que la démographie, l'accessibilité, la viabilité ou la rentabilité.

Les spécialistes (chirurgiens, gynécologues, etc.), doivent être réunis au niveau de l'hôpital de zone. Mais on assiste à la situation quelque peu irrationnelle où certains de ces CSSP gardent quand même leur unité de chirurgie qui aurait pu être transférée dans un des CSSP pressentis pour devenir des hôpitaux de zone.

La question du plateau technique des CSSP est délicate parce qu'elle est souvent marquée par les rivalités entre localités, avec en toile de fond des rapports assez conflictuels qui tirent leur origine d'un passé souvent très éloigné.

L'une des menaces au système de zone pourrait être le refus de certaines localités d'accepter de dépendre d'un hôpital de zone établi dans une localité rivale et de se voir dépouiller au profit de cette localité.

Il convient d'insister sur le fait que la cohésion de la zone sanitaire est une condition essentielle de la survie du système de zone parce que ce dernier suppose une vision commune et une démarche concertée sous une autorité unique. C'est pourquoi les tendances de certains CSSP à l'autonomie par rapport à la direction de la zone doivent être combattues, notamment par la sensibilisation des populations et des différents acteurs.

5.1.4 Approvisionnement et distribution des médicaments

L'absence de magasin répartiteur des médicaments au niveau des zones sanitaires (sauf à Natitingou-Toucountouna-Boukoubé) et les fréquentes ruptures de stock enregistrées au niveau de la Centrale d'Achat des Médicaments (CAME) sont assez préjudiciables au fonctionnement des zones sanitaires. La création de magasins répartiteurs permettrait d'assurer la répartition des médicaments au niveau opérationnel et d'effectuer des approvisionnements groupés pour toute la zone. Cela a l'avantage de renforcer les liens entre les membres de l'équipe d'encadrement de la zone sanitaire et les différentes structures périphériques. Cette procédure assure aussi aux décideurs (coordonnateurs, médecins-chefs, directeurs d'hôpital et chefs de postes de santé), une meilleure information sur la disponibilité des médicaments en vue d'éviter des ruptures.

Il s'y ajoute que, comme dans le cas de Natitingou-Toucountouna-Boukoubé, le financement de la zone sanitaire par les ristournes des structures peut être remplacé par l'institution d'une marge bénéficiaire pour les caisses de la zone sanitaire.

Notons par ailleurs qu'il nous a été signalé l'imminence de l'intervention sur le marché de dépôts privés de médicaments génériques qui viendront concurrencer la CAME.

5.1.5 Gestion et évaluation

Les dispositions de l'article 14 du décret n° 98-300 du 20 juillet 1998 portant réorganisation de la base de la pyramide sanitaire selon lesquelles la zone sanitaire, est dotée de la personnalité morale et d'une autonomie de gestion, ne sont pas respectées dans la pratique.

En effet, la gestion de la contribution de l'Etat est directement effectuée au niveau des DDSP et les zones ne sont souvent pas informées sur le montant exact qui leur est affecté. Il est urgent de déployer ces crédits vers les zones sanitaires qui disposent de plus en plus de compétences et de capacités de gestion. Le Médecin-Coordonnateur de Zone et l'équipe d'encadrement de zone devraient être les gestionnaires ou administrateurs de ces crédits en lieu et place des DDSP qui devraient se limiter à une fonction de contrôle.

5.1.6 Les unités villageoises de santé

Les unités villageoises de santé (UVS) gérées par des comités villageois de santé ont été conçues pour être des instruments de mobilisation des communautés pour l'auto - prise en charge des questions de santé au niveau le plus périphérique, autour de matrones et d'agents communautaires de santé. Cependant, les UVS ne fonctionnent pas dans la quasi-totalité des cas parce que les communautés ont, entre autres, des difficultés à assurer aux agents communautaires un niveau minimal de motivation matérielle et financière.

Si l'on connaît le rôle important que doivent jouer les UVS dans la mobilisation des communautés villageoises sur les questions de santé, on comprend qu'il y a urgence à les revitaliser dans une perspective de pérennisation de leurs actions. Il importe d'abord de responsabiliser très fortement les associations et groupements villageois de femmes dans la gestion des UVS, sans écarter les associations mixtes quand celles-ci ont des potentialités et un dynamisme qui peuvent servir.

Ensuite, les activités des UVS devraient être intégrées aux autres activités de développement, notamment celles menées par les associations et groupements de femmes. Ceci permettrait d'arriver à une situation où la motivation de l'agent communautaire pourrait être en partie supportée par les ressources tirées d'une activité collective génératrice de revenus. Il serait possible par exemple que, dans le cadre de l'exploitation d'un moulin, un groupement de femmes prévoie de dégager des ressources pour supporter les activités de santé. Il est évident que ceci ne sera possible que si les différents secteurs engagés dans l'appui au développement mènent une réelle collaboration à la base, tant au niveau de la planification que de la mise en œuvre des activités. Ainsi, si le besoin d'avoir une UVS fonctionnelle est exprimé en même temps que celui de disposer d'un moulin, il serait possible que le moulin mis à la disposition des femmes par les services déconcentrés et projets du Ministère de la Condition Féminine permette d'appuyer en partie l'UVS, dans le cadre d'une démarche librement acceptée par le groupement et soutenue dans sa mise en œuvre par les services déconcentrés des deux ministères. La responsabilisation du groupement dans la gestion de l'UVS s'en trouverait fortement légitimée.

5.1.7 La collaboration intersectorielle

La coopération intersectorielle, qui constitue un des principes de la stratégie des soins de santé primaires, trouve son intérêt dans le fait qu'elle permet, à travers la collaboration avec d'autres secteurs, de résoudre des problèmes qui ont une incidence sur les questions de santé, et que le secteur de la santé ne peut résoudre seul.

Les domaines évoqués dans les termes de référence de cette étude, à savoir l'hygiène et l'assainissement, la communication sociale, l'approvisionnement en eau saine, la planification et la construction d'infrastructures, intéressent des secteurs aussi divers que l'Environnement, l'Hydraulique, la Condition Féminine, l'Information et la Communication, le Plan, le Développement Rural, l'Alphabétisation et l'Intérieur.

Malheureusement, il nous a été donné de constater que la collaboration intersectorielle à la base est quasi inexistante. Les différents responsables nous ont exprimé leur disponibilité à s'engager dans une telle direction, mais il est évident que, sans un cadre institutionnel de collaboration, l'intersectorialité reste un slogan sans contenu concret.

L'exemple de Savalou montre l'importance de ce cadre institutionnel. En effet, c'est sous l'impulsion d'une ONG, l'Association Municipale d'Actions Environnementales (AMAE), qu'a été mis en œuvre un plan municipal d'actions environnementales dont la conception a impliqué, autour du sous-préfet, les représentants des services déconcentrés concernés, l'association de développement et les populations. Un comité de pilotage présidé par le sous-préfet, et comprenant tous les acteurs, se réunit régulièrement pour orienter et suivre les activités, qui ont trait, d'une part, à la construction de latrines publiques et privées et, d'autre part, à la collecte des ordures et à la lutte contre les dépotoirs sauvages, avec la création d'une brigade d'hygiène de 40 jeunes, dirigée par l'agent d'hygiène du centre de santé et chargée de faire appliquer le Code d'hygiène. Les crédits de la rubrique "enlèvement des ordures" du budget de la sous-préfecture sont affectés à ces activités qui reçoivent le soutien de plusieurs partenaires au développement, à travers le Ministère de l'Environnement.

L'adoption d'un Plan d'action intersectoriel constitue un puissant instrument de collaboration et de suivi qui renforce la synergie entre des secteurs complémentaires dans leurs missions mais qui, malheureusement, s'ignorent presque toujours. Quand plusieurs secteurs se retrouvent autour d'un plan intégré de développement local conçu avec les communautés, prenant en compte de manière dynamique les attentes de chaque secteur et organisant la mise en œuvre concertée des actions, dans une perspective d'utilisation complémentaire des ressources, on peut espérer en arriver à des résultats tangibles. Par contre, sans cadre de coordination et sans plan intégré, la collaboration intersectorielle se ramène à des initiatives inarticulées, qui sont souvent le fait de responsables très généreux dans l'effort et ouverts à une collaboration souvent basée sur des affinités personnelles, mais sans un substrat institutionnel solide.

Ainsi, la collaboration intersectorielle pose à la fois la question de l'organe de coordination des actions et celle de l'instrument qu'est le plan.

L'importance du plan comme instrument de collaboration intersectorielle nous a amenés à nous intéresser, à Natitingou, à l'expérience du Centre d'Action Régional pour le Développement Rural (CARDER) qui est une structure du Ministère du Développement Rural. En effet, le CARDER met en œuvre, dans l'Atacora et dans d'autres départements du pays, l'Approche Participative de Niveau Village (APNV) qui permet aux communautés, avec l'appui technique du CARDER, de procéder au recensement de leurs besoins et de concevoir des plans locaux de développement intéressant tous les secteurs de développement. A titre d'exemple, on peut noter que le constat de non-fonctionnalité des UVS est souvent ressorti de cet exercice et que les questions de santé y occupent une place de choix.

Malheureusement, l'expérience de l'APNV, tout au moins dans l'Atacora, souffre du manque d'implication des autres secteurs. En effet, les services déconcentrés des autres secteurs n'y sont pas associés et, de ce fait, les problèmes posés par les populations n'ont pas la possibilité d'être pris en compte par ces services. Par exemple, sur les questions de santé, la présence de l'infirmier du CCS ou d'un autre agent de santé aurait permis d'apporter un meilleur éclairage aux communautés aux différentes étapes de la planification et serait le moyen de mieux intégrer leurs plans aux actions de la zone sanitaire.

La collaboration a également la vertu de permettre un échange d'expériences entre acteurs de différents secteurs. Par exemple, la construction de magasins villageois par les communautés, avec l'aide du CARDER, est une expérience à partager. En effet, le financement fourni par le CARDER a été complété par une participation des communautés qui ont fourni la main d'œuvre et les matériaux locaux, ce qui est la marque d'un engagement assez fort. Pour la réalisation d'une infrastructure de santé, une telle démarche pourrait être adoptée avec cette assurance qu'on renforce ainsi les sentiments d'appropriation de l'infrastructure de santé par les communautés, qui vont donc être plus sensibles à sa maintenance, à sa gestion et au développement des activités qui y sont menées.

La décentralisation offre des opportunités de collaboration intersectorielle que nous évoquerons plus loin.

5.2 Problèmes liés à la cogestion:

La participation de la communauté à l'effort de santé s'effectue à travers les organes de gestion appelés COGEC au niveau des actuelles communes (futurs arrondissements) et COGES au niveau des actuelles sous-préfectures (futures communes).

Les membres de ces organes participent au côté des professionnels de santé à la promotion de la santé dans leur aire de responsabilité et à la gestion des ressources des formations sanitaires.

Le comité de santé, organe de représentation de la zone sanitaire, vient renforcer le cadre institutionnel de la participation communautaire.

Dans le cadre de l'examen de la réorganisation de la base de la pyramide sanitaire dans les aspects liés à la cogestion, les problèmes suivants ont été identifiés.

- > Les textes réglementaires actuellement en vigueur en matière de cogestion ne sont pas satisfaisants et posent de sérieux problèmes de collaboration entre les agents de santé et les membres de comité de gestion. Au point de vue institutionnel, le même organe de comité de cogestion (COGEC ou COGES) est délibérant et exécutif alors qu'il aurait fallu séparer l'exercice de ces deux pouvoirs. De même, l'arrêté n° 1269 portant attributions, composition, organisation et fonctionnement du comité de santé de zone sanitaire n'est pas assez clair dans certaines de ses dispositions. Nous y reviendrons de manière détaillée au point 7.2 qui est relatif au comité de santé.
- > Le devenir des membres du COGES des CSSP transformés en hôpitaux de zones pose problème parce que, dans ce cas, le COGES n'a pas de structure d'attache. Il faudrait créer, à l'instar de l'expérience en cours dans la zone sanitaire de Savalou-Bantè, un centre de santé de premier contact dans la même ville que l'hôpital de zone. Ainsi, l'ancien comité de gestion pourrait y trouver un cadre d'expression et laisser le comité de santé s'occuper de l'hôpital de zone comme le prévoient les textes. Signalons au passage que la création de ce nouveau centre a l'avantage de réguler le circuit de la référence des patients car, dans ce cas, l'hôpital de zone ne prend en charge que les cas référés, conformément à sa mission.
- > Des conflits dus à un déficit d'information et de communication et à des lacunes dans les textes existent entre le personnel de santé et les membres des comités de gestion. Ainsi, le personnel de santé est souvent frustré par le contrôle exercé par les membres des COGEC et COGES parce qu'il le considère comme la marque d'une suspicion. Les représentants des communautés, quant à eux, ont quelquefois de leur rôle une conception erronée comme dans le cas où ils pensent que leurs prérogatives incluent un pouvoir d'injonction sur le personnel de santé.
- > Les attentes du personnel pour une motivation financière accrue et les tendances des élus communautaires à refuser le bénévolat pur ouvrent la voie à une pression sur les ressources de la participation communautaire qui pourrait s'avérer trop forte
- > Les relations entre le personnel de santé et les élus communautaires s'éloignent des objectifs de la participation communautaire pour se cristalliser autour de la gestion des fonds et des médicaments.

6. Le système de santé à l'épreuve du nouveau découpage territorial

Les implications de la réforme de l'administration territoriale sur le système de santé sont plus importantes et plus manifestes dans le volet de la décentralisation, du fait que les communes ont reçu des compétences dans le domaine de la santé et qu'elles vont jouer un rôle de premier plan dans la coordination et la mise en œuvre des activités de développement. C'est ce qui explique que les incidences des volets de découpage territorial et de déconcentration ne sont pas ressorties spontanément dans les préoccupations des acteurs rencontrés, contrairement à celles du volet décentralisation.

Pourtant, la réforme, en créant six départements supplémentaires dans son volet de découpage territorial, introduit dans le secteur de la santé le débat sur la question de la création éventuelle de six nouvelles DDSP et de la réalisation éventuelle de six nouveaux centres hospitaliers départementaux .

6.1 Le découpage territorial et la création de nouvelles DDSP

Une fois leur attention attirée sur la question de la création de nouvelles DDSP, la plupart de nos interlocuteurs ont estimé, nonobstant les moyens humains et matériels importants que cela induirait, qu'il est normal que les nouveaux départements disposent chacun d'une DDSP pour que la coordination de l'action sanitaire soit assurée de manière égale au niveau de toutes ces circonscriptions administratives.

Pourtant, ce point de vue a été contesté par ceux qui ont trouvé qu'il n'est pas judicieux de créer de nouvelles DDSP qui, dans certains cas, n'auraient à superviser que deux zones sanitaires. Ils estiment que la nécessité de disposer de ressources humaines de qualité au niveau des DDSP, pour un appui technique aux zones, rend périlleux la création de nouvelles DDSP parce que cela pourrait contribuer à une dispersion des maigres ressources existantes ou même entraîner une ponction sur les ressources humaines du niveau périphérique.

Le traitement de cette question ne peut pas occulter le fait que la DDSP est un service déconcentré de l'Etat qui doit jouer un rôle spécifique auprès du Préfet. Envisager que les actuelles DDSP soient chargées de gérer deux départements signifie que la moitié des préfets n'auraient pas de conseiller en matière de santé et n'auraient pas autorité sur l'équipe départementale chargée de coordonner et de contrôler les activités des services de santé de leur circonscription administrative.

Au demeurant, le fait qu'une DDSP ne se trouve qu'avec deux ou trois zones sanitaires sous son autorité pourrait permettre une collaboration plus soutenue et une plus forte synergie entre DDSP et zones sanitaires.

Les ressources humaines nécessaires au fonctionnement des nouvelles DDSP devraient être fournies par le niveau central et les DDSP déjà existantes, il serait dangereux de les tirer du niveau périphérique, ce qui contribuerait immanquablement à fragiliser les zones sanitaires.

6.2 Le découpage territorial et la réalisation de nouveaux CHD

Si la question précédente fait l'objet de points de vue partagés, la perspective de la réalisation de nouveaux centres hospitaliers départementaux a fait la quasi-unanimité contre elle.

Les personnes interrogées considèrent que ce serait une grave erreur de construire de nouveaux CHD et rappellent que l'organisation du système de référence n'obéit pas à la logique du découpage administratif ; les zones sanitaires étant là pour le prouver. Ce point de vue a été massivement exprimé, d'autant plus qu'il prend en compte l'importance des moyens que nécessiterait un tel investissement, au moment où la priorité devrait être de trouver les ressources nécessaires au fonctionnement de toutes les zones sanitaires du pays.

La solution de rechange qui consisterait à transformer l'hôpital de zone situé dans le nouveau chef-lieu départemental en un CHD perturberait considérablement le système de référence et ne devrait en aucun cas être retenu comme un compromis satisfaisant entre la logique "politique" et la logique "technique", parce que la première étoufferait ainsi la seconde.

A notre avis, rien n'empêche le CHD de l'Ouémé, par exemple, de continuer à jouer le rôle de structure de référence des hôpitaux de zone et CSSP du département originel de l'Ouémé scindé par le nouveau découpage en départements de l'Ouémé et du Plateau.

Cependant, il faut s'attendre à ce que les populations et les leaders des nouveaux départements fassent de la question de la construction d'un CHD une revendication très forte, d'autant plus que l'absence d'un certain type d'infrastructures pourrait accréditer l'idée de l'existence de départements de seconde zone.

Une campagne d'explication en direction des populations et de leurs leaders devra être menée pour leur expliquer que leur intérêt réside plutôt dans le renforcement des zones à travers la construction d'hôpitaux de zones, la réhabilitation des infrastructures délabrées, l'équipement adéquat des structures et la mise à disposition de ressources humaines nécessaires.

Cela ne signifie pas que de nouveaux CHD ne devraient pas être construits dans l'avenir. Il se trouve simplement que, dans l'actuel contexte de pénurie de ressources, la priorité doit être de renforcer considérablement le réseau des structures périphériques, ce qui permettrait d'ailleurs de désengorger considérablement les CHD qui ont tout à gagner à une mise en œuvre efficiente de la stratégie des soins de santé primaires.

7. Principes et mécanismes de l'exercice des compétences transférées aux communes

7.1 Les compétences de la commune dans le secteur de la santé

Dans le cadre du large éventail de compétences qui lui sont transférées, la commune reçoit la charge de la réalisation, de l'équipement, des réparations et de l'entretien des centres publics de santé au niveau de l'arrondissement, du village ou du quartier de ville ; l'Etat devant lui transférer les ressources nécessaires à l'exercice correct de ces compétences (article 100 de la loi 97-029 du 15 janvier 1999). Les structures concernées sont donc les actuels complexes communaux de santé, dispensaires et maternités de niveau communal et unités villageoises de santé.

Ainsi, sont exclues du champ de compétences de la commune toutes les autres structures, à savoir les actuels centres de santé de sous-préfectures, centres de santé de circonscription urbaine, hôpitaux de zone sanitaire, CHD, centre national hospitalier universitaire et structures privées et confessionnelles. Il convient de noter que la loi ne donne à la commune aucune compétence en matière de gestion d'une quelconque structure de santé, y compris aux niveaux de l'arrondissement, du village et du quartier de ville.

Ce constat ne souffre d'aucune ambiguïté car, dans les secteurs où le législateur donne à la commune des compétences de gestion, il le précise de manière très explicite, comme pour le cas des gares routières, des embarcadères et des parkings à caractère local (Art.89 de la loi 97-029) et pour celui des marchés et des abattoirs (Art.104 de la loi 97-29). Et pourtant la plupart des appréhensions formulées par nos interlocuteurs se fondent sur le fait qu'ils croient, à tort, que les communes vont être compétentes pour la gestion des structures de santé.

Il importe quand même de signaler que, même si la commune n'a pas reçu de compétences en matière de gestion, il se posera un problème dans le cas de structures qu'elle aura réalisées sur fonds propres ou à partir de la coopération décentralisée. Dans le cas où la commune construit la structure et l'affecte à l'Etat, le problème ne se pose pas. Par contre, la commune peut valablement considérer que la structure qu'elle réalise fait partie intégrante de son patrimoine et, dans ce cas, il convient de définir un mode de gestion qui tienne compte du fait que la structure appartient à une institution autre que l'Etat. Au demeurant, la question des hôpitaux confessionnels devant devenir des hôpitaux de zone pose un problème qui n'est pas moins complexe et pourtant des solutions sont en train de lui être trouvées.

L'examen des compétences de la commune montre qu'elle n'a pas autorité sur le personnel de santé, ce qui devrait rassurer certains agents de santé qui craignent que la réforme ne les placent sous l'autorité des maires.

Par ailleurs, il convient de formaliser l'affectation par les futures communes de personnels aux structures de santé. Pour éviter les travers de la situation actuelle où les sous-préfets mettent certains agents à la disposition des structures de santé pour le reprendre sans que la structure n'ait eu le temps

de se préparer à cette nouvelle donne, toute mise à disposition devrait faire l'objet d'une convention entre la commune et le comité de santé de la zone sanitaire, avec des dispositions précises sur les conditions de sa dénonciation et la période couverte par l'affectation du personnel.

Par ailleurs, les personnes rencontrées au cours de l'enquête ont fortement exprimé la crainte de voir les communes perturber la mise en œuvre des activités de santé, par des orientations inappropriées. Signalons simplement que, sur ce point également, la loi crée des garde-fous en faisant obligation aux communes d'exercer leurs compétences en conformité avec les stratégies sectorielles, les réglementations et les normes nationales en vigueur (Art. 108 de la loi 97-029). Ce qui écarte la possibilité pour la commune de remettre en question les orientations de la politique sanitaire ou de mener des actions qui entrent en contradiction avec les stratégies définies dans le secteur de la santé.

D'ailleurs, la tutelle exercée par le Préfet comporte une fonction d'harmonisation des actions de la commune avec celles de l'Etat (article 142 de la loi 97-029) qui vient renforcer les dispositions soulignées plus haut.

Cette obligation faite à la commune d'harmoniser ses actions avec les orientations nationales est évoquée à l'article 84 de la loi 97-029, notamment pour ce qui concerne l'élaboration et l'adoption de son plan de développement.

Le fait que la commune ait reçu des compétences en matière de planification lui donne un rôle de premier plan dans la mise en relation des acteurs de la collaboration intersectorielle. Le plan de développement de la commune qui, en principe, est adopté après les avis techniques des différents services déconcentrés, doit être considéré comme un instrument de collaboration intersectorielle. La commune pourrait ainsi encourager l'harmonisation des démarches des différents acteurs pour une grande efficacité et une utilisation efficiente des ressources.

Pour ce qui concerne les questions d'environnement, d'hygiène et de salubrité, la commune reçoit de larges compétences en matière de fourniture et de distribution d'eau potable, de collecte de déchets de tous ordres, d'assainissement, de lutte contre les vecteurs de maladies transmissibles, d'hygiène des aliments etc (Art. 93 et 95 de la loi 97-029). Elle élabore en outre la réglementation sur l'assainissement individuel (latrines, puisards, fosses septiques) selon l'article 95 de la loi 97-029. Il sera de son intérêt que les différents acteurs intervenant dans ces domaines aient une démarche concertée et complémentaire, ce qui en fait, a priori, un défenseur de la collaboration intersectorielle.

Sur le mode de l'expérience de Savalou, la commune pourrait également encourager des initiatives communautaires d'auto-prise en charge des questions d'hygiène et d'environnement en leur apportant tout le soutien nécessaire.

Le comité de santé de la zone sanitaire devrait inciter les maires à créer les cadres de coordination intersectorielle qu'appelle la prise en charge des compétences des communes en matière d'hygiène, d'environnement et d'assainissement.

7.2 La gestion des ressources transférées

L'attention des acteurs de la santé devrait être attirée sur les dispositions introduites par le législateur pour garantir l'orthodoxie dans la gestion des ressources de la commune, et principalement des ressources transférées.

L'intérêt de l'examen de ces dispositions réside dans le fait qu'elles sont une réponse à la hantise exprimée par nos interlocuteurs de voir les maires détourner les fonds affectés à la santé à des fins politiciennes ou personnelles, ou de les utiliser à d'autres dépenses de la commune.

Les ressources liées au transfert de compétences sont inscrites comme recettes d'investissement, au titre de produits de subventions ou dotations d'investissements et d'équipements alloués par l'Etat (Art. 15 de la loi 98-007 portant régime financier des communes). Comme toutes les recettes budgétaires, elles sont obligatoirement domiciliées dans les comptes tenus par le comptable de la commune, sauf dérogation accordée par le Ministre des Finances (Art. 35 de la loi 98-007).

Au niveau de la commune, les fonctions d'ordonnateur et de comptable de la commune, sont séparées (Art. 34 de la loi 98-007). Ainsi, le Maire est ordonnateur des dépenses et un comptable du Trésor est nommé comptable de la commune par le Ministre des Finances. Il est à la fois receveur-percepteur de la commune et conseiller du Maire. Le comptable de la commune doit effectuer les contrôles de régularité et peut suspendre le paiement d'une dépense irrégulière ; il peut même refuser de se conformer à une réquisition du Maire, au cas où celle-ci a trait notamment à des dépenses sur des crédits irrégulièrement ouverts, sur des crédits autres que ceux sur lesquels ils devraient être imputés ou à l'absence de service fait (Art. 48 de la loi 98-007)

Il faut ajouter que les crédits transférés sont affectés à la section des dépenses d'investissement et que, pour celles-ci, les virements de crédits d'article à article ou de chapitre à chapitre, relèvent de la compétence de Conseil et doivent être approuvés par l'autorité de tutelle (article 38 de la loi 98-007), contrairement aux dépenses de fonctionnement pour lesquels le maire peut procéder à des virements d'article à article, au sein d'un même chapitre, à charge pour lui d'en rendre compte à l'autorité de tutelle et au Conseil. Ce qui signifie que le Maire ne peut pas décider par exemple d'affecter à la construction d'une salle de classe les crédits prévus pour la réparation d'une maternité.

En outre, le Maire qui, en matière de dépenses, procède à l'engagement, à la liquidation et au paiement (Art. 44 de la loi 98-007), est tenu de communiquer au Préfet trimestriellement sa comptabilité de dépenses engagées (Art. 44 de la loi 98-007). Etant donné que, sur les dépenses liées à la santé, le Préfet pourrait requérir l'éclairage du DDSP, il est souhaitable que ce dernier soit tenu régulièrement informé par le médecin-coordonnateur de zone de tout problème lié aux compétences transférées, afin qu'il puisse, à partir de sa position privilégiée de conseiller de l'autorité de tutelle aider à la prise des décisions idoines, notamment pour préserver les structures de santé des abus éventuels des communes.

L'inadéquation entre le découpage en zones sanitaires et la répartition territoriale a suscité des inquiétudes très prononcées de la part des personnes rencontrées, du fait que l'aire d'intervention de la zone englobe, dans la quasi-totalité des cas, le territoire de plusieurs communes. Les appréhensions ainsi formulées ont trait à d'éventuels conflits de compétences entre maires ou difficultés d'harmonisation de leurs démarches respectives dans l'espace de mise en cohérence des activités intégrées de santé qu'est la zone sanitaire.

Cette crainte n'est pas fondée car elle part de l'idée que les différentes communes de la zone ont une compétence sur l'hôpital de zone, voire sur la zone elle-même, et que, de ce fait, elles risquent de s'y télescoper. Même l'appel au principe d'intercommunalité n'est pas nécessaire ici car il n'y a pas de structure à gérer en commun et, d'ailleurs, la création du Comité de Santé de la zone sanitaire, dont les maires sont membres au même titre que des représentants des communautés, de l'Etat et d'autres institutions, peut être la cadre de concertation et d'harmonisation des différentes interventions.

L'inadéquation entre le découpage en zones et le découpage en communes existe également, dans un cadre opposé, à Cotonou où une commune va couvrir le territoire de plusieurs zones sanitaires. Dans ce cas, les médecins- coordonnateurs de chaque zone auront la chance de pas traiter avec plusieurs maires à la fois. Il s'y ajoute que la DDSP verra son action facilitée par l'existence d'une collectivité territoriale qui intervient sur plusieurs zones sanitaires voisines avec des actions qui, vraisemblablement, ne seront pas contradictoires.

7.3 Mécanismes de transfert et d'utilisation des crédits délégués

La contribution de l'Etat au fonctionnement de la zone sanitaire, gérée actuellement par la DDSP et domiciliée dans les caisses du Receveur départemental des Finances, devra être transférée à la zone pour respecter le principe de la décentralisation de la gestion. Etant donné que les fonds devront être domiciliés dans les caisses du Trésor public, il seront dans les caisses du Receveur des finances au niveau départemental ou dans celles du Receveur-Percepteur de la commune abritant l'hôpital de zone.

Dans le premier cas, le Préfet serait l'ordonnateur des dépenses et le Receveur des finances le comptable, le Médecin-Coordonnateur de Zone Sanitaire étant l'administrateur des crédits. A ce titre, le comité de santé de la zone sanitaire pourrait délibérer sur l'affectation des ressources et charger le Médecin-Coordonnateur de Zone et le Délégué Permanent d'initier le processus d'acquisition des matières visées. A ce titre, ils procéderaient au choix des fournisseurs en y associant le secrétaire du comité de santé et le gestionnaire de la zone sanitaire. Après la phase administrative de la commande, effectuée par la préfecture, la livraison serait faite par les fournisseurs devant une commission de réception formée de membres du Comité de Santé de la zone sanitaire autres que ceux ayant fait la commande.

Dans le cas où les fonds seraient domiciliés dans les caisses du receveur percepteur de la commune du lieu d'implantation du bureau de coordination de la zone, le Maire de ladite commune serait ordonnateur de crédits destinés à être utilisés sur une aire englobant le territoire de communes voisines. Ces crédits pourraient être consignés dans un budget spécial, dans l'esprit de l'article 7 de la loi 98-007. Etant donné que tous les maires des communes couvertes par la zone sanitaire sont membres du Comité de Santé de la zone sanitaire, cet organe pourrait, après avoir délibéré sur l'affectation des fonds, donner mandat au Délégué permanent et au médecin coordonnateur de zone pour envoyer au Maire de la commune une expression de besoins accompagnée d'un procès verbal qu'ils co-signeraient.

Le Maire, après en avoir vérifié la conformité avec les délibérations du Comité de santé, signerait les bons de commande qui seraient transmis ensuite aux fournisseurs. La zone sanitaire, après avoir procédé à la réception de fournitures commandées adresserait au maire les factures et les bordereaux de livraison accompagnés du procès verbal de réception pour les opérations de liquidation et de paiement par le receveur percepteur. Cette procédure suppose que le comptable de cette commune soit au préalable désigné par le ministère des finances comme assignataire des crédits délégués de la zone sanitaire concernée.

De ces deux possibilités, la première semble la plus réaliste, du fait que le Préfet, ordonnateur des dépenses occupe une position qui lui donne autorité sur toutes les communes concernées. Le découpage territorial rapprochera d'ailleurs de Préfet des zones sanitaire dont il serait l'ordonnateur des crédits.

Les ressources relatives aux compétences transférées seront gérées différemment, du fait qu'elles concernent la réalisation, l'équipement, les réparations et l'entretien de structures de niveau arrondissement. Elles devront être transférées aux différentes communes qui les inscriront dans leur budget au titre de recettes d'investissement.

L'affectation par l'Etat de crédits aux communes pour la réalisation et l'équipement des structures de santé devra se faire en fonction des besoins exprimés par la zone sanitaire à travers sa planification. Il faut mettre un accent ferme sur le fait qu'aucune personne, groupe de personnes ou institution, y compris la commune, ne devrait être autorisé à réaliser ou équiper des infrastructures de santé, s'il n'a obtenu l'aval du Comité de santé de la zone. Dans l'actuel contexte de pénurie de ressources, il est évident qu'un comité de santé de zone ne s'opposera à un investissement que si celui-ci pose plus de problèmes qu'il n'en résout.

La commune pourrait procéder à la réalisation et à l'équipement des structures de santé et aux réparations "lourdes" suivant les procédures consacrées pour toute opération de ce type (des critères devraient être définis pour définir la répartition "lourde"). Cependant, il pourrait être prévu que, pour toute réalisation, équipement ou réparation "lourde", le Comité de santé, sur rapport écrit du médecin coordonnateur de zone, donne un avis sur les aspects techniques, par exemple sur la conformité des plans de construction avec les normes des structures de santé ou sur la qualité des équipements médicaux. L'avis du comité de santé ne devrait pas être contraignant pour la commune. Cependant, au cas où le comité de santé considérerait que la non prise en compte de son avis pourrait prêter à conséquence grave, il en informerait l'autorité de tutelle par lettre motivée, sous couvert du DDSP. Le Préfet prendrait une décision après avoir reçu au moins l'avis de toutes les parties intéressées.

L'avis du Comité de Santé de la zone sanitaire sur la conformité des réalisations et équipements avec les normes ne constitue pas une remise en cause des compétences des communes en matière de délivrance des permis de construire et de contrôle de la conformité des réalisations et des constructions avec la réglementation en vigueur, consacrées par la loi 97-029 en son article 84.

Pour ce qui concerne les réparations légères, la commune pourrait y procéder, après en avoir simplement avisé le responsable de la structure concernée et le comité de gestion. Le responsable de la structure et le Président du COGEC devraient co-signer le procès-verbal de constatation de travaux faits.

Au cas où la commune recevrait des ressources pour l'entretien des structures, elle pourrait passer contrat avec un prestataire de services sur la base de propositions du COGEC.

La commune pourrait également remettre les fonds correspondants au COGEC, sous forme de subvention, étant donné que, selon l'esprit de l'article 55 de la loi 98-007, elle peut remettre une subvention à des associations, œuvres, fondations ou entreprises, ce qui astreint quand même ces dernières à un contrôle.

Les dispositions de l'article 108 de la loi 97-029 ouvrent la possibilité à la commune de déléguer l'exécution d'un certain nombre d'opérations à des organismes, associations et institutions diverses. Les COGEC pourraient ainsi se voir responsabilisés pour l'entretien et les réparations légères.

L'attribution des marchés communaux étant faite par le maire, après avis d'une commission communale d'évaluation des offres qui peut comprendre des personnes qualifiées autres que les conseillers communaux (Art. 126 de la loi 97-029), il serait souhaitable que pour les marchés relatifs à la santé, le Président ou le Délégué Permanent du Comité de santé, le médecin - coordonnateur de zone et le médecin - chef du CSSP soient invités par le Maire à siéger à la

commission. Le fait d'impliquer les responsables de la zone dans une opération qui se limite au territoire de la commune permet d'éviter que les questions qui se posent au niveau de la commune se règlent uniquement entre le maire et le médecin -chef du CSSP. En effet, vu la fragilité institutionnelle du système de zones, il serait dangereux de courir le risque que le territoire de chaque commune devienne une micro - zone sanitaire où le Maire et le médecin de CSSP évolueraient de manière indépendante par rapport à la zone.

8. La cogestion dans le contexte de la décentralisation

8.1 Les comités de gestion

La question du rapport entre les futurs élus et les organes de co-gestion, ou de leur éventuelle participation à la co-gestion, a occupé une place centrale dans les préoccupations des différents acteurs. Les craintes notées à ce niveau ont surtout trait à la probabilité de les voir prendre la place des responsables des COGEC et COGES, soit en les écartant de la cogestion après leur avoir dénié toute légitimité, soit en les confinant dans des rôles d'acteurs de seconde zone.

La décentralisation introduit en effet le débat sur le maintien des actuels représentants de la communauté au sein des organes de co-gestion, à partir du moment où des maires sont élus au suffrage universel avec une légitimité plus forte.

A notre avis, il ne serait pas judicieux de mettre en congé les actuels membres de COGEC et COGES. Il faudrait plutôt conserver le mode de représentation communautaire existant, tout en l'améliorant, et y adjoindre la présence de représentants du maire. Pour ce qui concerne les COGEC, il faudrait rompre avec la situation actuelle où, dans la plupart des cas, seuls les résidents de la localité abritant la structure de santé forment l'organe de cogestion. Il faudrait par exemple que, dans chaque village polarisé par le CCS, soient élus un représentant des jeunes, une représentante des femmes et un représentant des hommes ; les élus des différents villages se retrouvant pour élire trois représentants de jeunes, trois représentantes de femmes et trois représentants des hommes qui seraient membres du COGEC. A ces neuf personnes s'ajouteraient deux représentants du maire (dont le Président du conseil d'arrondissement) qui ne seraient pas éligibles aux postes de Président, Secrétaire et Trésorier du COGEC. On devrait veiller à ce que les responsabilités impliquant une présence soutenue soient assumées par des personnes résidant dans la localité abritant la structure. Les trois représentants élus dans chaque village seraient des points d'appui dans le cadre des activités promotionnelles de santé que devra mener le COGEC.

Pour ce qui concerne les COGES, leur composition actuelle faite de représentants des COGEC pourrait être maintenue avec, en plus, la présence de deux conseillers communaux représentant le Maire.

La présence de représentants du Maire aux niveaux inférieurs de cogestion se justifie par le fait qu'il doit être informé sur les problèmes qui se posent à ce niveau, pour pouvoir jouer correctement son rôle dans l'organe supérieur de cogestion qu'est le Comité de Santé de la zone sanitaire.

Les appréhensions exprimées par certains de nos interlocuteurs sur le fait que les ressources de la participation communautaire pourraient être budgétisées par la commune s'avèrent injustifiées du fait qu'aucun texte ne donne à la commune un quelconque pouvoir sur les fonds de la participation communautaire.

8.2 Le Comité de Santé de la zone sanitaire

La création du comité de santé de la zone sanitaire, par arrêté 1269/MSP/DC/SGM/CADZ, est une anticipation remarquable sur l'intercommunalité, en cela qu'elle ouvre cette instance aux maires des communes situées dans la zone sanitaire.

Organe suprême de représentation et de décision de la zone, il est composé du médecin coordonnateur de zone et du Directeur de l'hôpital de zone (membres à titre consultatif), et de membres à pouvoir délibératif que sont :

- > le représentant du DDSP ;
- > le(s) représentants de(s) COGES ;
- > le(s) sous-préfet(s) actuel(s) ou futur(s) maire(s) ;
- > deux représentants des bailleurs désignés par eux ;
- > deux représentants des ONG actives désignées en leur sein ;
- > un représentant du secteur privé social désigné en son sein ;
- > un représentant du secteur privé libéral désigné en son sein ;
- > deux représentants du personnel élus avec un APE et un contractuel (un de l'hôpital de zone et un des CCS).

En raison des problèmes évoqués plus haut la représentation pourrait être renforcée avec :

- > un représentant de plus par COGES, pour que les organes des niveaux inférieurs de cogestion soient bien représentés dans l'organe du niveau supérieur de cogestion ;
- > une représentante des associations et groupements de femmes de chaque commune pour permettre que les femmes soient représentées assez fortement afin qu'elles puissent participer à la prise de décisions sur les questions de santé ; d'ailleurs, la présence des groupements de femmes à ce haut niveau de décision leur permettra de se sentir plus engagés et les incitera à mobiliser leurs organisations membres, notamment dans les activités de promotion de la santé ;
- > le Président de la commission des affaires sociales de chaque commune, du fait que c'est cette commission qui s'occupe des questions de santé et qu'il est nécessaire qu'à part le Maire un autre élu soit impliqué et informé sur les activités de santé ;
- > un représentant du personnel des CSSP, étant donné que l'arrêté ne mentionne que les représentants des CCS et de l'hôpital de zone.

L'élargissement de la représentation pourrait faire craindre qu'on se retrouve avec un nombre trop élevé de membres, mais il faut noter que, même dans le cas où la zone couvre quatre communes, le Comité de santé ne comprendra pas plus de 30 membres ; ce qui constitue un nombre acceptable pour un conseil d'administration, surtout si on tient compte des inévitables cas d'absentéisme.

Il doit être stipulé explicitement que le représentant du DDS, le Maire, le Président de la commission des affaires sociales de la commune, les représentants des bailleurs et les représentants du personnel ne sont pas éligibles aux postes de Président, Délégué Permanent et Secrétaire ; les représentants du personnel pouvant, à la limite, être éligibles comme secrétaire. On évitera la situation de cette zone sanitaire du département du Zou où un sous-préfet a été élu Président du Comité de santé. Il serait également regrettable que le Président du comité de santé soit le représentant de la DDS, un bailleur ou un membre du personnel qui, à ce titre, aurait sous son autorité le Médecin – Coordonnateur de Zone qui est pourtant son supérieur hiérarchique.

En outre, les représentants des bailleurs, ne devraient siéger au Comité de santé qu'à titre d'observateur ou comme membre avec voix consultative. En tout état de cause, le fait que des bailleurs soient membres du Comité de santé, avec voix délibérative pose un problème par rapport à leur mission qui doit se limiter à l'appui aux zones sanitaires, à l'exclusion de tout pouvoir décisionnel.

Pour compléter l'article 13 de l'arrêté, le principe du vote secret doit être retenu pour toute élection au sein du Comité de santé et pour la prise de toute décision importante. Il s'agira ainsi d'éviter que la pression psychologique de certaines personnes très influentes, comme les maires, oriente les suffrages ou les prises de position de membres de cet organe. Une telle situation se produit souvent dans les instances à forte hétérogénéité, où se retrouvent des personnes qui ont des niveaux intellectuel, social et d'influence très contrastés. Par exemple, dans le cadre de l'élection du Président ou du Délégué Permanent, si le vote est à main levée, la représentante du groupement de femmes d'une commune peut voter dans le même sens que le maire de sa commune, par simple souci de ne pas le contrarier.

En parlant d'ONG «actives», l'arrêté veut manifestement écarter les ONG qui n'existent que sur le papier. Cependant, en l'absence de critères déterminant ce qu'est une ONG active, on pourrait se retrouver dans des situations de conflit entre ONG qui se déniaient le label de représentativité et revendiqueraient chacune une présence réelle sur le terrain. Pour surmonter cet écueil, on pourrait stipuler que, pour acquérir le droit de participer au choix de leur représentant, les différentes ONG devront envoyer au DDSP un compte-rendu détaillé et référencé des activités exécutées au cours des douze mois précédents, afin que le DDSP, après vérification, prenne la décision d'agrément. On sait que dans une zone, le personnel de santé peut donner au DDSP des informations précises sur la réalité des activités de chaque ONG.

Le Comité de santé devrait recevoir clairement les attributions de Conseil d'Administration de l'hôpital de zone, parce que l'arrêté n'est pas explicite à ce niveau. Il n'est pas cependant pas nécessaire qu'il ait la dénomination précise de conseil d'administration. Pour les hôpitaux confessionnels pressentis comme hôpitaux de zone, un cadre différent pourra être déterminé qui tienne compte de leurs spécificités.

Les appellations de «secteur privé social» et de «hôpital confessionnel» utilisées dans l'arrêté et dans la plupart des documents officiels doivent être remplacées par celle de «centre de santé à vocation humanitaire» pour une mise en conformité avec les définitions retenues à l'article 1^{er} de la loi 97-020 du 17 juin 1997 fixant les conditions de l'exercice en clientèle privée des professions médicales et paramédicales.

L'arrêté, en son article 11, donne au Comité de Santé de la zone sanitaire des compétences en matière de gestion des conflits, mais il serait plus indiqué de stipuler expressément que le Comité de santé est compétent pour l'arbitrage des conflits au sein des COGES et COGEC, d'une part, et entre les élus communautaires et les personnels de santé d'autre part, car l'un des problèmes actuels de la

cogestion étant l'absence (ou la non-fonctionnalité) d'instances crédibles de conciliation et d'arbitrage. Toutes les voies de conciliation devraient être préalablement explorées par le médecin - chef du CSSP, le Président du COGES et le Maire, pour les conflits au niveau des actuels CCS, et par le médecin - coordonnateur de zone, le Président du Comité de santé et le maire pour les conflits au niveau des actuels CSSP ou de l'hôpital de zone.

Le Comité de Santé de la zone sanitaire pourrait jouer un rôle important dans la conception, la négociation et la mise en œuvre des accords de coopération décentralisée pour éviter certains errements. En effet, dans certains pays africains où la décentralisation est vieille de plusieurs années, on a constaté que les opportunités de la coopération décentralisée sont souvent mal utilisées parce que les maires discutent avec leurs homologues des pays du Nord sans tenir compte des besoins identifiés par les organes compétents. Ainsi, on se retrouve soit avec des équipements dépassant le niveau du plateau technique des structures auxquelles ils sont destinés, soit avec des infrastructures qui font double emploi avec celles existantes, alors que, dans les deux cas, les ressources utilisées auraient pu être affectées à des besoins plus pertinents. Ceci s'explique par le fait que les maires mènent souvent ces discussions dans le cadre de rencontres internationales où ils ont l'opportunité de rencontrer leurs collègues occidentaux, et où ils ne sont souvent pas accompagnés d'experts. Ceci fait qu'ils acceptent toutes les propositions d'appui qui leur sont faites, sans pouvoir déterminer ce qui est le plus utile pour leurs administrés. D'autant plus qu'ils ne savent souvent pas que, dans certains cas, la réalisation d'une infrastructure est un gâchis et qu'un équipement n'est utile que s'il s'intègre au plateau technique de la structure.

Le fait que les maires et les Présidents des commissions des affaires sociales soient membres du Comité de santé leur permettra de connaître précisément les problèmes et besoins de leur commune et de leur zone sanitaire ; ce qui fait que, même en l'absence d'un technicien, ils seront en mesure d'attirer dans leur commune des apports pertinents. La carte sanitaire pourrait être un excellent outil pour eux, d'autant plus qu'en tant que membre du Comité de santé, ils participent à l'approbation des grandes orientations de la zone, à l'approbation du plan stratégique et à l'approbation du plan annuel de la zone.

Le législateur a fait de l'approbation de l'autorité de tutelle une condition nécessaire à l'établissement de relations avec des organismes décentralisés étrangers ou à l'adhésion à une organisation internationale, ce qui renforce la position du Comité de santé car il est impensable que la tutelle puisse donner son accord à l'établissement de relations de coopération décentralisée dans le domaine de la santé, sans requérir l'avis du Comité de santé et de la DDSP.

Cette insistance sur la coopération décentralisée nous semble utile parce que, devant le manque de ressources propres, et face à la faiblesse de l'apport des Etats, les collectivités locales des pays du Sud trouvent dans la coopération décentralisée des opportunités considérables qu'il serait dommage de ne pas utiliser de manière efficiente.

L'installation du Comité de Santé de la zone sanitaire devrait être faite sous la présidence du Préfet, le DDSP assurant le secrétariat de séance. On ne pourrait pas arguer d'une surcharge de travail pour le Préfet parce que dans chaque département le nombre de zones est limité, l'installation du comité de santé ne se fait qu'une seule fois dans son histoire et le rythme d'installation des comités de santé n'est pas intense. La présence du Préfet participerait à inciter les maires à donner à cet organe toute l'importance qui est la sienne, et cela aurait pour vertu d'amener le Préfet à se sentir concerné par tout ce qui s'y fait.

Après chaque réunion du Comité de Santé de la zone sanitaire, le Président devrait faire parvenir au Préfet, sous couvert du DDSP, le procès-verbal de la rencontre ou un compte-rendu écrit.

Impliquer la tutelle, même à titre symbolique, donne une plus grande visibilité institutionnelle au Comité de Santé de la zone sanitaire et renforce son crédit, toutes conditions qui sont nécessaires pour que les maires n'aient pas tendance à refuser de reconnaître à l'organe de la zone sanitaire l'autorité qui est la sienne. Le risque est important parce que les maires, forts de tous les pouvoirs qui leur sont attribués, pourraient ne pas toujours voir d'un bon œil cet organe dans lequel ils siègent sans en assurer la présidence et sans que leur voix ne soit prépondérante sur celle des autres membres du Comité, qui sont pourtant leurs administrés.

Si le Comité de Santé de la zone sanitaire ne dispose pas d'un soutien fort de la tutelle et du Gouvernement, à travers le Ministère de la Santé, le système de zone sanitaire s'en trouverait fragilisé.

9. Vers un nouveau contexte: opportunités et menaces sur le système de santé

La réforme de l'administration territoriale marquera profondément le système de santé dans les prochaines années. Le nouveau cadre institutionnel est porteur de mutations décisives qui appellent l'identification, par anticipation, des opportunités qu'offre le nouveau contexte, mais aussi, naturellement, l'évaluation prospective des menaces auxquelles est exposé le système de santé.

9.1 Opportunités offertes au système de santé par la réforme de l'administration territoriale

La réforme de l'administration territoriale, qui est essentiellement une réforme de décentralisation renforce la tendance à déplacer les pouvoirs du centre vers la périphérie ; en cela elle contribue à installer durablement dans les consciences une idéologie de rupture avec la centralisation. Ce qui devrait conforter tous ceux qui, dans le secteur de la santé, défendent le système de zone sanitaire contre les tenants du statu – quo. En outre, en déplaçant la décision vers la périphérie, la réforme oblige tous les secteurs à se réajuster dans le sens d'une décentralisation des pouvoirs parce que, dorénavant, l'essentiel devra se jouer à la base. Le secteur de la santé, qui s'était engagé dans cette voie depuis quelques années, voit la justesse de ses options confirmées et renforcées.

La classe politique béninoise, dans ses composantes les plus significatives, majorité et opposition confondues, soutient la réforme territoriale. D'ailleurs, les textes actuels, qui ont été votés par la 2^{ème} législature, n'ont pas été remis en question par la 3^{ème} législature. La santé et les autres secteurs, qui vont procéder à des réaménagements institutionnels importants pour s'adapter au nouveau contexte, peuvent être confortés par cette garantie de permanence car s'il existait des risques de remise en cause de la réforme par les forces politiques, il ne serait pas prudent de procéder à des réaménagements importants.

Les partenaires au développement et les bailleurs de fonds soutiennent la réforme et s'engagent à contribuer financièrement et techniquement à sa réussite. Les conditions sont réunies pour initier des programmes par lesquels on inciterait les communes à investir dans la santé. L'expérience du matching mise en œuvre par l'USAID dans d'autres pays pourrait entrer dans un tel cadre. Elle consiste à appuyer financièrement les réalisations des collectivités qui acceptent d'investir leurs fonds propres dans les activités de santé. Cet encadrement est d'autant plus utile dans le contexte béninois qu'il participerait à encourager les communes à inscrire leurs actions dans le cadre défini par le Comité de santé. L'organe de représentation de la zone sanitaire serait, évidemment, associé pleinement à l'élaboration et à la conclusion des accords de partenariat .

Les communes pourront apporter au secteur de la santé d'importantes ressources, grâce à la coopération décentralisée. Les effets de la pénurie de ressources étatiques s'en trouveront amoindris.

La commune de la capitale économique, Cotonou, disposera de ressources qui lui permettront, à l'instar de certaines grandes villes africaines, de renforcer, sur fonds propres son réseau d'infrastructures de santé et les effectifs affectés à la santé.

La commune, du fait de la vaste étendue de son champ de compétences, peut jouer un rôle de catalyseur dans l'établissement de relations de coopération intersectorielle durables.

Le Maire pourra veiller sur les intérêts du système de santé, notamment en matière de plaider pour la disponibilité de personnel pour les structures situées sur son territoire. Là où le sous-préfet pouvait être bridé par la soumission à la hiérarchie, le Maire d'une commune défavorisée peut engager des actions hardies auprès des décideurs politiques pour les amener à pallier les déficits de personnel.

Avec la décentralisation, l'Etat pourra même domicilier certains postes budgétaires au niveau des communes pour s'assurer qu'à tout moment ces postes seront occupés. En effet, dans ce cas de figure, l'agent qui quittera son poste ne disposera plus du poste budgétaire, qui reste attaché à la commune. La différence entre la domiciliation des postes budgétaires et le recrutement sur poste est que, dans le second cas, la personne reste attachée indéfiniment au poste, alors que, dans le premier, l'Etat continue à appliquer sa politique d'affectation et de mutation du personnel, avec une contrainte qui est que, chaque fois qu'il déplace un agent, il est obligé de le remplacer, du fait que, dans ce nouveau contexte, chaque fois qu'un agent quitte une localité, il doit occuper le poste budgétaire d'un autre agent de même grade qui, à son tour, doit se déplacer vers le poste d'un autre agent, qui lui aussi doit se déplacer. On se retrouve au bout du compte dans une situation où l'agent qui a fait l'objet de la première mutation sera nécessairement remplacé à son poste.

9.2 La réforme territoriale et les menaces sur le système de santé

Le fait que le système de zone sanitaire ne soit pas encore généralisé le rend extrêmement vulnérable face à la perspective de l'installation des futures communes. En effet, si à l'avènement des nouvelles collectivités locales, toutes les zones sanitaires ne sont pas encore installées, on se trouvera dans une situation où certains maires seront membres d'un comité de santé de zone sanitaire, alors que d'autres ne le seront pas, faute de zone sanitaire installée. Ainsi, alors que les premiers se verront obligés d'inscrire leurs actions dans le cadre défini par la zone sanitaire, et auront le Médecin-Coordonnateur de Zone comme interlocuteur, les seconds auront une plus grande marge de manœuvre, parce-que n'étant pas liés par un quelconque comité de santé de zone sanitaire, et auront pour interlocuteur le DDSP.

Cette intervention communale à deux vitesses affaiblira le système de zone sanitaire car les maires membres d'un comité de santé de zone sanitaire, en comparant leur situation à celle de leurs autres collègues, auront le sentiment d'être orientés, contrôlés et bridés par leur comité de santé. Ils auront tendance à ne percevoir le comité que comme un corset qui les prive de la relative indépendance de leurs autres collègues. En développant ces sentiments négatifs par rapport au comité de santé de la zone sanitaire, ces maires pourront également rechigner à l'idée de devoir traiter avec le Médecin-Coordonnateur de Zone, alors que leurs autres collègues ont pour interlocuteur le supérieur hiérarchique de celui-ci. La non-généralisation du système de zones va créer une situation perverse où les maires des communes non couvertes par une zone fonctionnelle disposeront d'une plus grande marge de manœuvre et d'un accès direct à l'autorité sanitaire départementale.

Avec la décentralisation, le contrôle des conseils communaux et municipaux fera l'objet de compétitions très âpres. Les contradictions politiques resteront vivaces et pourront influencer négativement sur les activités de la commune, notamment dans le domaine de la santé. Sur ce point, la vulnérabilité du secteur de la santé par rapport aux autres secteurs réside dans le fait que sa zone opérationnelle couvre plusieurs communes, dont les maires sont membres du Comité de Santé de la zone sanitaire. Dans le cas où des forces politiques radicalement opposées contrôlèrent deux

communes d'une même zone, il est à craindre pour la cohésion à l'intérieur de la zone, alors que s'il s'agit de secteurs comme l'Education, où le niveau opérationnel se limite au territoire d'une commune les risques sont fortement réduits.

Certains médecins de CSSP, qui n'acceptent pas le leadership du Médecin-Coordonnateur de Zone pourraient avoir une propension à développer avec le Maire de leur commune des tendances à l'autonomisation. En effet, le Maire et le médecin de CSSP se trouvent tous deux dans une situation où, sur les questions de santé, ils sont obligés d'en référer à un centre zonal qui définit les orientations et prend les décisions majeures. Le Maire, au nom de la légitimité que lui confère le suffrage universel, peut vouloir se départir de ce qui ressemblerait à une tutelle, alors que le médecin de CSSP profiterait de la caution du Maire pour mener certaines actions de manière autonome et prendre des positions hostiles à la zone sanitaire, notamment dans le cas où des rivalités tenaces structurent les relations entre les communes situées sur le territoire de la zone sanitaire.

Les personnes qui vont diriger les communes, c'est-à-dire les futurs maires, ne sont pas encore connues. On se trouve ainsi dans une situation où ceux qui vont mettre en œuvre la réforme ne participent pas au débat préalable, avec le risque qu'après leur élection, ils contestent un certain nombre de dispositions des lois ou des arrêtés. C'est ce qui pourrait arriver si les maires une fois installés s'insurgeaient, par exemple, contre le fait qu'ils ne président pas le comité de santé, ce qui remettrait en question l'équilibre de cet organe.

10. Conclusions

La réforme territoriale, qui consacre notamment le transfert de compétences de l'Etat aux communes dans des domaines de développement incluant la santé, comporte des dispositions qui, à bien des égards bouleverseront considérablement le cadre institutionnel de mise en œuvre des activités de santé.

Cependant, il faut se réjouir de l'option de décentralisation que le secteur de la santé a commencé à mettre en œuvre depuis quelques années et qui anticipe sur la décentralisation territoriale. En disposant actuellement d'un dispositif organisationnel dont le pivot est la zone sanitaire, le système de santé s'est donné les moyens d'une démarche opérationnelle, engageant des partenaires variés dans des organes de cogestion qui, malgré certaines limites, continuent à administrer la preuve de leur utilité.

Les difficultés éventuelles liées à l'inadéquation entre le découpage en zones sanitaires et le découpage en communes semblent avoir été surestimées car les champs de compétences définis par la loi ne créent pas de lieu d'exercice conjoint de responsabilités entre communes, leurs compétences s'arrêtant à leurs territoires respectifs. D'ailleurs, la création du Comité de Santé de la zone sanitaire offre un cadre propice à la concertation sur les questions de santé entre les communes, entre les communes et les communautés engagées dans les activités de santé, et entre les communes et les professionnels de santé. C'est de la capacité du Comité de Santé de la zone sanitaire à jouer pleinement son rôle que dépendra en grande partie l'avenir de la zone sanitaire. Il faudrait que tous les acteurs en soient conscients et œuvrent dans cette voie.

Préserver le système de santé, c'est également, pour les décideurs, comprendre que si l'action sanitaire est orientée selon des logiques politiques, au détriment des logiques techniques de développement du système, on hypothèque toutes les chances d'installer durablement l'option des zones sanitaires dont la généralisation effective est non seulement nécessaire, mais urgente au vu des menaces dont la réforme de l'administration territoriale est porteuse à certains égards.

Les moyens disponibles devraient en priorité être mobilisés pour parachever cet édifice dont tout le monde s'accorde à vanter les mérites mais qui, aujourd'hui, est fortement ralenti par des déterminants internes au secteur de la santé.

La réforme de l'administration territoriale fait peur simplement parce qu'elle est méconnue. Il urge de combler ce déficit d'information pour que les acteurs du secteur de la santé, tout en étant vigilants par rapport aux menaces éventuelles, sachent tirer profit des opportunités considérables qui leur sont offertes.

Le secteur de la santé est à la croisée des chemins : mettant en œuvre avec beaucoup de difficultés une réforme sanitaire qui n'est pas comprise et soutenue par tous, il se voit invité à s'adapter à une réforme territoriale qu'il n'a pas pensée et qui s'impose à lui.

Mais la direction est claire, elle est se trouve dans le développement du système de zone, qui est seul capable de lui donner la force de résister à n'importe quelle réforme et de la digérer avec facilité. C'est la clé du succès.

11. Recommandations

11.1 A l'intention du Ministère de la Santé et des donateurs

1. Procéder à une large vulgarisation des lois sur la réforme territoriale et des textes relatifs aux zones sanitaires et aux organes de cogestion à l'intention de tous les acteurs concernés (députés, préfets, personnel de santé des différents niveaux de la pyramide, responsables de la Mission de Décentralisation et de la Maison des collectivités, membres de organes de cogestion, chargés de programmes de santé ou de décentralisation des institutions partenaires au développement et des bailleurs de fonds) ;
2. Accélérer le processus d'installation des zones sanitaires pour parvenir à sa généralisation sur l'ensemble du territoire ;
3. Encourager la mise en place effective de dépôts répartiteurs de médicaments au niveau de chaque zone sanitaire pour renforcer la cohésion au sein de la zone et permettre à l'équipe d'encadrement de zone de disposer d'une plus grande autonomie financière ;
4. Renforcer la collaboration intersectorielle par la mise en œuvre d'actions concertées entre les différents secteurs, notamment dans l'appui aux communautés pour la planification, l'exécution et le suivi des activités ;
5. Doter les futurs maires de fortes capacités de plaidoyer et de négociation, pour une utilisation optimale des opportunités de la coopération décentralisée ;
6. Mettre en œuvre, conformément à la philosophie du matching, des programmes d'appui aux futures communes pour les encourager à affecter, sur fonds propres, des crédits à la santé et les inciter à inscrire leurs actions dans le cadre défini par le Comité de Santé de la zone sanitaire;
7. Encourager les futures communes à impulser la coordination intersectorielle, notamment dans les domaines de l'hygiène, de l'assainissement et de l'approvisionnement en eau saine où la loi leur donne des compétences étendues.

11.2 A l'intention du Ministère de la Santé

8. Initier avec les départements ministériels concernés une réflexion sur la domiciliation au niveau des communes des postes budgétaires de tout ou partie du personnel de santé pour assurer la présence des agents dans les localités où ils sont affectés ;
9. Transférer vers les zones sanitaires les crédits représentant la contribution de l'Etat au fonctionnement des zones, et qui sont gérés actuellement par la DDSP;
10. Donner au Comité de Santé de la zone sanitaire les attributions de conseil d'administration de l'hôpital de zone ;

11. Donner au Comité de Santé de la zone sanitaire des compétences en matière d'arbitrage des conflits au sein des COGEC et COGES, entre personnels de santé et élus communautaires et entre personnels de santé et élus locaux ;
12. Rendre la représentation au sein des COGEC plus démocratique par la présence de mandataires des différents villages et la garantie d'une représentation paritaire des hommes, des femmes et des jeunes ;
13. Sensibiliser les populations et leurs leaders sur le fait que la priorité doit être accordée aux investissements destinées aux zones sanitaires plutôt qu'à la réalisation de nouveaux CHD ;
14. Elargir les COGES et les COGEC à deux représentants du maire pour une bonne information de la commune sur les activités de santé et sur la vie des organes de cogestion ;
15. Créer des DDSPP dans les six nouveaux départements pour un encadrement plus rapproché des zones sanitaires ;
16. Impliquer la zone sanitaire, à travers le Comité de santé, dans le contrôle de conformité aux normes, pour ce qui concerne la réalisation et l'équipement d'infrastructures dans le domaine de la santé ;
17. Encourager la future commune de Cotonou à affecter des moyens substantiels aux activités de santé, notamment par l'adoption d'un plan sanitaire municipal à la mesure des besoins des populations de la capitale économique et la création d'une Direction ou d'un service sanitaire, à l'instar des communes des grandes métropoles africaines.

Annexe : Références Bibliographiques

UNICEF – Bénin: *L'initiative de Bamako et la participation communautaire dans les formations sanitaires périphériques; Forum national sur l'amélioration de la participation communautaire dans les formations sanitaires périphériques*. Lokossa, Bénin, du 2 au 5 Mars 1999, 10 pages

Fondation Konrad ADENAUER – Projet GTZ/Appui à la planification pour le développement décentralisé: *actes de séminaire sur Décentralisation et chefferie traditionnelle au Bénin*: ENI, Natitingou du 15 au 17 Novembre 1999, 183 pages.

Fondation Konrad ADENAUER: *Aperçu sur le Projet de décentralisation territoriale en cours au Bénin*; ENI Natitingou du 15 au 17 Novembre 1999 42 pages.

Fondation Konrad ADENAEUR: Africa – Cultures International institute: *étude sur la chefferie traditionnelle au Bénin*; Cotonou, Mai 1997 314 pages + Annexes.

Ministère de la Santé Publique: Direction départementale de la santé publique de l'Atacora et de la Donga: *Carte sanitaire des départements de l'Atacora et de la Donga*. DDSP – Atacora / SEPD Version 2000 79 pages.

Ministère de la Santé de la Protection Sociale et de la Condition féminine: *Fonctionnement des comités de gestion: Constats et Analyse*. Décembre 1997, 28 pages + Annexe.

Projet tripartite bénino – franco – allemand d'appui à la décentralisation / déconcentration. Service allemand de développement: *décentralisation, déconcentration, découpage, territoriale*; Version Avril 2000, 33 pages + Annexes.

Séminaire atelier sur: Autonomie communale et participation communautaire: l'expérience des COGEC et COGES; Pobè du 1^{er} au 03 février 2000, 15 pages.

Constitution de la République du Bénin: 11 Décembre 1990, 87 pages.

Groupement féminin Kassoroukpo Sté Catherine: *comprendre et expliquer la décentralisation en milieu rural*; Dassa-Zoumè 1994, 17 pages.

Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité et de l'Administration Territoriale: *réforme de l'Administration territoriale au Bénin*; Janvier 1993, 14 pages.

Ministère de l'Intérieur, de la sécurité et de l'Administration Territoriale: *Répartition des sièges de conseillers par commune et par arrondissement*; Mai 2000, 28 pages.

Ministère de l'intérieur, de la Sécurité et de l'Administration Territoriale: *Recueil des Lois sur la décentralisation*; Mai 2000, 161 pages.

Ministère de l'Intérieur, de la Sécurité et de l'Administration Territoriale: *Projet de mise en place des fondements d'un développement durable: Manuel d'information et de sensibilisation sur la décentralisation*; avril 1997, 64 pages.

Les échos de la gouvernance démocratique: Bulletin de liaison du réseau des ONG béninoises pour la gouvernance démocratique R.G.D.; Juillet 2000, 10 pages.

Présidence de la république: *Décret no. 98-300* du 20 juillet 1998, 4 pages.

Tableau de répartition des zones sanitaires par département; 5 pages.

Budget National: *Fiche de délégation de crédits*; 17 Juillet 2000, 3 pages.

Fondation Konrad Adenauer: Etude sur la chefferie traditionnelle au Bénin, Mai 1997, 314 pages.

MSP – GTZ: Evaluation et appui à la mise en œuvre, à l'organisation et au fonctionnement des zones sanitaires; période 1997-2000, juillet 2000.

Assemblée Nationale du Bénin – Fondation Hanns Seidee, Cadre légal de la décentralisation de l'Administration territoriale, Cotonou, 25-26 juin 1996.

Ministère de la santé, de la protection Sociale et de la Condition Féminine, Politiques et Stratégies nationales de développement du secteur santé, 1997-2001.

MECCAG-PDPE/USAID: la population au Bénin, évolution et impact sur le développement; Cotonou, Mai 2000.

Bénin-OMS: Plan d'Action 1998-1999; Cotonou, 3 janvier 1998.

PNUD-BENIN: Rapport sur le Développement humain au Bénin; Cotonou 1998.

DDSP Atacora/SFPD: Rapport d'évaluation du Personnel de santé dans le Département de l'Atacora: situation actuelle, expression des besoins; janvier 2000.